

113

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mars 1892, à 1 heure

PAR PIERRE PETIBON,

Né à Saint-Aignan (Loir-et-Cher), le 6 Octobre 1866.

ÉTUDE

DES

TUMEURS MÉLANIQUES DU MÉSENTÈRE

Président : M. STRAUS, Professeur.

*Juges : MM. } LANDOUZY, Professeur.
 } A. ROBIN et NETTER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

114

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mars 1892, à 1 heure

PAR PIERRE PETIBON,

Né à Saint-Aignan (Loir-et-Cher), le 6 Octobre 1866.

ÉTUDE

DES

TUMEURS MÉLANIQUES DU MÉSENTÈRE

Président : M. STRAUS, Professeur.

*Juges : MM. } LANDOUZY, Professeur.
 } A. ROBIN et NETTER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique médicales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PÉTER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LE DENTU.
	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETTÉRE.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

A M. LE PROFESSEUR PINARD

A M. LE DOCTEUR DESPRÉS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

AVANT-PROPOS

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer cette année à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître M. le Dr Lancereaux, une tumeur mélanique du mésentère. La rareté de cette affection, la parfaite tranquillité du malade, l'indolence de la tumeur contrastant avec une prostration et une anémie profondes; l'insuffisance des symptômes et la difficulté du diagnostic attirèrent notre attention sur ce sujet, et nous engagèrent à rechercher : d'une part, quelle est la nature de ces productions; d'autre part, s'il existe des signes cliniques permettant de les reconnaître.

Nous exposerons brièvement l'anatomie et la physiologie du mésentère ainsi que l'historique des néoplasies qui y furent observées; nous insisterons davantage sur les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la présence dans l'organisme du pigment mélanique, sa nature, son origine et la variété de texture des tumeurs où il se rencontre. Nous rechercherons

ensuite quels symptômes peuvent nous permettre de distinguer les tumeurs développées dans le mésentère des autres tumeurs abdominales, et de discerner leur nature mélanique. Nous examinerons en terminant quelle est l'évolution de cette affection et si le médecin peut apporter quelque secours aux malades qui en sont affligés.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer notre reconnaissance aux maîtres qui ont dirigé notre instruction médicale.

Nous tenons à remercier d'une façon toute particulière notre maître M. le Dr Lancereaux de la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant les deux années où nous avons eu le bonheur de suivre son enseignement clinique, et M. le Dr Thioloix, pour l'obligeance avec laquelle il nous a prodigué ses conseils.

Nous nous souviendrons toujours avec un égal plaisir des années que nous avons eu l'honneur de passer à la Charité, dans le service de M. le Dr Desprès, et à la Clinique Baudelocque, sous la direction de M. le professeur Pinard et de MM. les Drs Boissard et Potocki, chefs de Clinique.

M. le professeur Straus voudra bien nous permettre aussi de lui adresser nos remerciements pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Nous n'oublierons pas non plus nos premiers maîtres de l'école de Tours, MM. les professeurs Courbon et Bodin.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU MÉSENTÈRE

Le mésentère, d'une façon générale, est un double feuillet du péritoine qui enveloppe l'intestin grêle et le fixe au devant de la colonne vertébrale. Considérons une coupe horizontale de l'abdomen passant au niveau de l'ombilic, et suivons le péritoine dans ses circuits autour des différents viscères abdominaux. Nous voyons qu'après avoir recouvert le rein et ses vaisseaux, il arrive sur l'aorte abdominale, et rencontre les vaisseaux mésentériques sur lequel il se réfléchit pour se porter directement en avant jusqu'à l'intestin grêle, le contourner, et suivre à nouveau, jusqu'à la colonne lombaire, les vaisseaux mésentériques. Ceux-ci se trouvent contenus, ainsi que l'intestin auquel ils se rendent, entre ces deux membranes accolées qui portent le nom de mésentère. Considéré dans son ensemble, ce repli affecte vaguement la forme d'un trapèze à côtés parallèles très inégaux, dont le plus petit serait fixé à la colonne vertébrale et dont le plus grand, beaucoup plus long, aurait été gaufré; ce qui l'a fait comparer à ces collerettes gaufrées que l'on portait au xvi^e siècle.

Ainsi configuré, le mésentère se trouve encadré par un cercle membraneux, formé de la continuité des replis qu'envoie le péritoine au gros intestin : le mesocœcum et le mésôcolon ascendant à droite, le mésôcolon transverse en haut, le mésôcolon descendant et le mésôcolon iliaque à gauche, le mésorectum en bas.

Son insertion fixe se fait en arrière sur une ligne partant du côté gauche du corps de la deuxième vertèbre lombaire et descendant jusqu'à la fosse iliaque droite, de telle sorte, qu'il est obliquement dirigé de haut en bas et de gauche à droite et qu'il croise, un peu obliquement, la colonne lombaire. Les deux feuillets qui le composent ne sont unis que par un tissu conjonctif extrêmement lâche, à travers lequel cheminent les vaisseaux, les lymphatiques et les nerfs qui se rendent à l'intestin grêle. En arrivant sur l'intestin, la séreuse lui est unie par un tissu conjonctif encore lâche, mais qui devient de plus en plus serré ; et sur les parois latérale et antérieure, elle lui adhère intimement. A la partie postérieure, au contraire, les deux feuillets s'écartent de plus en plus pour se porter chacun sur le côté correspondant de la colonne vertébrale, délimitant ainsi un espace rempli par l'aorte abdominale, la veine cave inférieure et les ganglions prévertébraux. La surface interne de ces feuillets, comme celle de toutes les membranes séreuses, présente une surface polie et humide, partout en contact avec elle-même, formant une cavité virtuelle.

Ils sont essentiellement constitués par un réseau de lames élastiques fenêtrées et un réseau de fibres conjonc-

tives recouverts d'un endothélium parimenteux formé d'une seule couche de cellules polygonales. Les artérielles qui viennent s'y perdre sont très clairsemées ; ils ne contiennent pas de vaisseaux lymphatiques. Le mésentère tire uniquement son origine du feuillet moyen du blastoderme.

Le rôle physiologique du mésentère est très complexe et présente une importance considérable au point de vue des affections pathologiques qui peuvent se développer dans cet organe.

Il fixe l'intestin grêle au-devant de la colonne vertébrale, tout en lui laissant une certaine liberté qui lui permet de flotter et de se mouvoir dans la cavité abdominale. Ses deux feuillets, étant unis par un tissu conjonctif très lâche, peuvent s'écarter aisément quand l'intestin se distend et se rapprocher avec une égale facilité quand il revient sur lui-même. C'est donc à l'état de vacuité que l'intestin possède la mobilité la plus grande, puisque les feuillets du mésentère étant accolés dans leur plus grande étendue, celui-ci mesure sa plus grande hauteur. Ce repli du péritoine est, en quelque sorte, le pédicule de l'intestin grêle : il sert de véhicule aux vaisseaux qui doivent nourrir ses parois, comme aux vaisseaux qui vont plonger dans ses villosités pour y absorber les produits de la digestion.

On peut se rendre compte, par cet exposé sommaire de la topographie et du rôle physiologique du mésentère, de la gravité des troubles qu'apporteront dans l'économie les tumeurs qui viendront à s'y développer.

HISTORIQUE

Les tumeurs mélaniques du mésentère n'ont jamais été l'objet d'un travail spécial, ce qui ne saurait étonner, puisque, vu la rareté de ces tumeurs, les documents font presque complètement défaut. C'est, du reste, depuis une trentaine d'années seulement que les tumeurs du mésentère, en général, ont été l'objet d'une étude attentive de la part des chirurgiens et des anatomo-pathologistes.

Jusqu'au xvii^e siècle, ces tumeurs n'étaient même pas soupçonnées pendant la vie, et ce sont seulement des autopsies de femmes qui passaient pour être enceintes, qui en ont fourni quelques Observations. Après la découverte des chylifères et de leurs ganglions par Aselli, en 1622, toute l'importance physiologique du mésentère se révéla aux médecins; et Matheus Martini de Halle, en 1625, Baillou, de Genève, en 1672, montrèrent les troubles qui résultaient de l'obstacle apporté au cours de la lymphe par les affections de cet organe.

Vers le milieu du xviii^e siècle, en 1760, Morgagni (1),

(1) Morgagni. *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies.*

comparant les résultats fournis par des autopsies faites avec beaucoup de soin aux symptômes observés attentivement pendant la vie, avait acquis des notions très nettes des tumeurs du mésentère, et avait consacré de longs développements à ce sujet. Il avait observé notamment que ces tumeurs arrivent souvent au contact de la paroi abdominale antérieure, après avoir déjeté les anses intestinales à droite et à gauche.

Malheureusement, les médecins qui vinrent après lui abandonnèrent cette voie et les affections mésentériques restèrent plongées dans la confusion. Lieutaud (1), en 1767, en publie un certain nombre d'Observations dans un recueil où sont relatées toutes les autopsies pratiquées par les médecins de l'époque; mais ce recueil ne contient aucune donnée clinique. Puis Sauvages (2), en 1762, et Baume, en 1787, traitant des affections mésentériques les confondent, pour la plupart, avec le carreau. Presque tous leurs contemporains font, du reste, cette confusion, à l'exception de Portal (3), qui divise ces tumeurs en squirrheuses, stéomateuses, pierreuses, cancéreuses, hydatiques, et qui distingue les tumeurs ganglionnaires localisées au mésentère de celles qui l'envahissent, en même que les autres points de l'économie. De plus il indique nettement les caractères cliniques de ces tumeurs : leur mobilité en tous

(1) Lieutaud. *Historia anatomica medica*.

(2) Sauvages. *Nasologie méthodique*, t. II.

(3) Portal. *Cours d'anatomie médicale*. Paris, an XII, t. V.

sens et leur confusion possible avec les tumeurs épi-
ploïques. Les auteurs du commencement de ce siècle,
sauf Valleix (1), qui n'admet que comme des raretés les
affections spéciales au mésentère, ne traitent pas du
tout des tumeurs de cet organe.

C'est seulement depuis que les progrès de l'antisep-
sie ont permis aux chirurgiens d'opérer les tumeurs
abdominales que les néoplasies du mésentère ont été
bien étudiées. M. Péan leur consacre un chapitre dans
son *Traité des tumeurs abdominales*, M. Tillaux a ins-
piré la thèse du Dr Collet sur les kystes du mésentère
en 1884, M. Terrillon, en 1886, publia dans les *Archives
générales de médecine* une série d'articles sur les
tumeurs graisseuses de cet organe, M. Augagneur,
la même année, fit des tumeurs du mésentère une
étude complète dans sa thèse d'agrégation. Enfin un
certain nombre d'Observations en ont été publiées dans
diverses revues ou dans les *Bulletins de la Société anatomi-
que*.

Mais dans aucun de ces travaux il n'est question des
tumeurs mélaniques. C'est que l'histoire des tumeurs
mélaniques est encore fort obscure, et, bien que des
travaux récents aient jeté un peu de lumière sur ce
sujet, bien des points en restent encore discutés et
incertains.

Leur étude ne remonte pas loin; jusqu'au commen-
cement de ce siècle, les auteurs comprenaient sous le

(1) Valleix. *Guide du médecin praticien*.

nom de tumeurs mélaniques les productions les plus diverses, aussi bien les masses ganglionnaires infiltrées de poussières charbonneuses, ou différentes tumeurs colorées par des altérations de la matière colorante du sang, que les néoplasies mélaniques proprement dites. Laënnec semble avoir entrevu la nature véritable de la mélanose. Il appelle ainsi une production pathologique de couleur noire qui n'a point d'analogue parmi les tissus naturels. Quant à sa nature, il la considère comme une espèce distincte du cancer. Mais Lobstein (1), commentant ces idées de Laënnec, reprend l'opinion ancienne : « J'avoue, dit-il, que j'ai peine à me rendre à cette opinion... Je ne puis voir dans tous ces cas qu'un dépôt accidentel de matière noire dans des masses pathologiques... Je ne sais si je ne m'abuse, mais la formation de la matière noire me paraît être le résultat d'une stase du sang dans le réseau capillaire et d'un changement chimique qui s'opère dans cette humeur, d'où je conclus que la mélanose n'est point un produit pathologique *sui generis*, mais une simple coloration en noir, tantôt d'un tissu altéré, et tantôt d'un tissu accidentellement développé; et que c'est par erreur que Laënnec en avait fait un tissu particulier ». Quant à l'espèce pathologique des tumeurs qui présentaient cette particularité, on pensait que c'était toujours un carcinôme, et que le pigment occupait soit les cellules propres de ce

(1) Lobstein. *Anatomie pathologique*, t. I, p. 456.

tissu, soit le suc cancéreux lui-même. Plus tard, on reconnut que d'autres tumeurs, des sarcômes, des fibrômes, pouvaient être imprégnées de matière noire; et même MM. Cornil et Trasbot (1) disent n'avoir jamais rencontré le carcinôme mélanique, ni chez l'homme, ni chez le cheval. Enfin, les travaux des vétérinaires sur ces productions pathologiques très communes chez le cheval attirèrent l'attention sur une forme particulière de tumeurs mélaniques, qui constitue la grande majorité des cas de mélanose chez cet animal, et que l'on rencontre quelquefois chez l'homme; avec cette différence, toutefois, que chez l'homme elle comporte un pronostic extrêmement grave, tandis que le cheval n'en semble pas incommodé : ce sont des accumulations de pigment dans les tissus normaux de l'organisme, auxquelles on a donné le nom de mélanomes.

Depuis quelques années, de nombreux cas de tumeurs mélaniques ont été étudiés; et, si les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature du pigment, du moins l'histoire clinique de ces affections est assez bien connue.

Toutefois, presque tous les cas observés se rapportent à des tumeurs siégeant primitivement soit à la peau, soit dans l'œil, ou dans les organes extérieurs et facilement accessibles. Il n'est fait mention de semblables tumeurs dans les organes internes que par suite de

(1) Cornil et Trasbot. *Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1868.

leur généralisation. Virchow (1) dit : « On ne connaît presque pas de mélando-sarcômes primitifs d'organes internes. Quelques données contraires se rapportent à d'autres tumeurs colorées, dans lesquelles le pigment provenait d'une stagnation ou d'une extrovasation sanguine... Les métastases produites sur l'estomac et l'intestin ne sont au contraire pas rares. Quant aux glandes lymphatiques, ils restent souvent indemnes; en tout cas, les ganglions du médiastin et du mésentère sont plus disposés à en être affectés que les ganglions périphériques ». M. Humbert (2) dit que le sarcôme mélanique des ganglions lymphatiques est excessivement rare. M. Augagneur (3) hésite à admettre l'existence de tumeurs mélaniques primitives du mésentère : « L'impression que laisse l'examen des cas publiés, dit-il, c'est que ces cancers, ces sarcômes, sont tous développés dans les ganglions. Or, nous savons par la pathologie des autres régions combien sont rares les tumeurs malignes ganglionnaires primitives. En généralisant ces données au mésentère, nous en arrivons forcément à conclure que la localisation primitive a pu échapper aux observateurs. Nous avons rapporté des faits montrant que les colonies secondaires développées dans les ganglions mésentériques dépassent vite l'importance de la lésion primitive. C'est encore une

(1) Virchow. *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 280.

(2) Humbert. *Th. d'agrégation*, 1878. p. 64.

(3) Augagneur. *Th. d'agrégation*, 1886.

raison pour que le point de départ reste facilement méconnu. » Ce sont sans doute des raisons analogues qui ont déterminé M. Netter à rejeter l'origine mésentérique d'une tumeur mélanique dans le cas suivant (1) : M. Netter présente une tumeur du mésentère d'apparence cancéreuse, trouvée chez un homme de 74 ans, qui, d'autre part, portait une tumeur du thymus; celle-ci serait probablement primitive. Au microscope, elle est constituée par des cellules fusiformes disposées comme dans les psammomes; en quelques points, elle a l'apparence d'une tumeur mélanique, cela est dû à ce que les ganglions contiennent des matières mélaniques. L'intérêt de ce fait réside dans la tumeur du thymus, la mélanose des ganglions et la rareté de la structure de cette tumeur. D'autre part, MM. Cornil et Ranvier (2) admettent qu'on peut voir le sarcôme mélanique se former primitivement dans les ganglions lymphatiques. Nous verrons du reste au chapitre suivant quelles sont les tumeurs qui peuvent avoir leur point de départ dans le mésentère.

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1885, p. 546.

(2) Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*, t. I.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De la constitution histologique du mésentère, nous pouvons déduire les formes de tumeurs qui peuvent y prendre naissance, puisque les travaux de Müller et de M. Lancereaux (1) nous ont appris que tout tissu ne peut donner naissance, par des transformations aussi profondes qu'on les suppose, qu'à des productions identiques à lui-même. C'est cette théorie qu'a reprise et développée M. Bard, dans son article des *Archives de physiologie*, 1885, et plus tard en collaboration avec M. Pic au sujet des tumeurs du pancréas. En d'autres termes, le tissu conjonctif, par exemple, est susceptible en se transformant de produire des tumeurs de différents aspects, mais qui toutes seront constituées par du tissu conjonctif; jamais on ne le verra produire un carcinôme, un épithéliome, pas plus qu'un élément épithélial ne sera susceptible de dégénérer en sarcôme. Cependant, tous les organes qui con-

(1) Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*.

tiennent un tissu connectif renfermant des vaisseaux sanguins et lymphatiques, peuvent être envahis par des néoplasies d'un ordre absolument étranger à leur constitution propre. C'est qu'alors ces néoplasies ont eu pour point de départ un petit noyau amené d'un organe primitivement affecté, par le courant sanguin au lymphatique; il s'est fait une localisation secondaire. Il est démontré, en effet, que c'est par la voie des veines et des vaisseaux lymphatiques que se fait la généralisation des tumeurs.

Le mésentère, comme tous les autres organes, sera donc le point de départ d'autant de tumeurs distinctes qu'il entre d'éléments spéciaux dans sa structure. Or, nous avons vu qu'il est formé de deux lames de fibres conjonctives et élastiques recouvertes d'un endothélium, et interceptant entre elles une mince couche de tissu connectif renfermant des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et du tissu cellulo-adipeux, bien qu'en très petite quantité. Aussi, pourra-t-on voir s'y développer primitivement : des endothéliomes; des fibrômes, sous leurs deux formes adulte et embryonnaire; des lymphômes; des angiômes et des lipômes. Telles sont, en effet, les seules néoplasies qui, en dehors des kystes de diverses natures, ont été décrites par les auteurs comme développées primitivement dans le mésentère.

Quant aux tumeurs mélaniques qui ont été observées dans cet organe, elles ne sont pas mentionnées parmi les tumeurs de cette catégorie; soit parce que dans tous les cas publiés elles coïncident avec des

tumeurs semblables existant dans d'autres régions; soit parce que la mélanose est considérée comme un accident des tumeurs, une manière d'être particulière que présentent quelques-unes d'entre elles, et comme telle n'est point considérée comme une néoplasie véritable.

Ceci nous amène à dire quelques mots des différentes explications qui ont été données de la présence du pigment noir dans des productions pathologiques.

Et d'abord, il est bien démontré aujourd'hui que cette matière noire n'a aucun rapport avec les colorations plus ou moins foncées que prennent certains tissus anormaux au contact du sang épanché. Elle est constituée exclusivement par des grains ayant la forme de petits corps sphériques, à contours nets, de coloration homogène, de forme régulière, et de volume à peu près uniforme. « La régularité de leur forme, dit M. Bard (1), la netteté de leur couleur, l'homogénéité et la transparence de leur masse, les distinguent nettement des amas pigmentaires variés, des dégénérescences cellulaires, ou des foyers d'origine sanguine. » MM. Cornil et Ranvier (2) établissent la même distinction entre ces granules mélaniques et les colorations dues au sang extravasé : « Ces granules ne sont jamais ni jaunes ni rougeâtres au moment où ils se

(1) *De la nature parasitaire de la mélanose. Lyon-Médical*, 1885. p. 407.

(2) *Loco citato*.

montrent, ce qui établit une distinction fondamentale entre le pigment noir mélanique et le pigment noir qui succède aux épanchements sanguins. » M. Clauzel (1), s'appuyant sur la résistance de ce pigment aux agents chimiques, arrive aux mêmes conclusions : « L'action dissolvante de l'acide sulfurique sur l'hématosine la différencie nettement des granules de mélanine, car ceux-ci sont les parties les plus réfractaires aux agents chimiques que l'on connaisse dans l'économie animale. Ils sont insolubles dans tous les réactifs caustiques acides ou alcalins.

La ressemblance de ces productions avec les amas de pigment normal peut faire supposer que leur nature est identique ; mais la plupart des anatomo-pathologistes rejettent cette confusion. MM. Cornil et Ranvier font remarquer l'évolution très différente de ces deux pigments : « Les granulations pigmentaires mélaniques se distinguent des infiltrations pigmentaires de la peau et de la pigmentation qu'on trouve quelquefois autour des vaisseaux des centres nerveux, en ce qu'elles détruisent les tissus et se généralisent à tous les organes comme les tumeurs les plus malignes. » M. Bard établit la même distinction en se basant sur les caractères spéciaux des granules mélaniques : « Ils présentent quelque ressemblance avec les granules colorés de la choroïde et de l'iris. Toutefois, ces derniers sont

(1) *Diagnostic des tumeurs mélaniques généralisées tiré de l'examen du sang*, etc. Th. de doctorat. Paris, 1874.

notablement plus petits, de contours et de volume plus irréguliers, de coloration moins égale et moins noire. »

L'opinion la plus généralement admise est celle qui reconnaît pour origine au pigment mélanique une élaboration particulière des cellules cancéreuses, ou même des cellules des tissus normaux, sous une influence inconnue. M. Heurtaux s'exprime ainsi dans son article Mélanose du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* : « La mélanine paraît être le résultat d'une action propre des cellules, car les cellules de nouvelle formation qui occupent la périphérie de la tumeur ne présentent point de granules au moment même de leur apparition. Il est vraisemblable que les matériaux qui sont convertis en mélanine dérivent du sang, et en particulier de l'hématine. Celle-ci, liquéfiée et imprégnant les tissus, est élaborée par les cellules qui la précipitent sous forme de granulations. Cette action des cellules explique comment les granules se présentent d'emblée avec leurs caractères sans offrir tous les intermédiaires par lesquels passent les globules sanguins, qui, occupant l'épaisseur des tissus, forment des pigments. » Cette hypothèse n'explique pas la production des masses mélaniques qui se rencontrent au milieu des tissus normaux et auxquelles on donne le nom de mélanomes. Aussi, MM. Cornil et Ranvier attribuent aux cellules des tissus normaux le même pouvoir qu'aux cellules cancéreuses : « A l'état pathologique, le pigment noir semble être une élaboration particulière des cellules; l'apparition de ce pigment peut en effet se faire loin du système vasculaire,

et les granulations apparaissent noires d'emblée sans passer par les teintes intermédiaires jaunes et rouges. La formation pathologique du pigment noir a lieu soit dans les cellules préexistantes des tissus, et l'on a affaire alors à la mélanose simple; soit dans des éléments cellulaires de nouvelle formation, comme on l'observe dans les tumeurs mélaniques sarcomateuses ou carcinomateuses. » Rindfleisch (1) professe la même opinion en s'appuyant sur ce fait que l'infiltration pigmentaire débute très souvent par l'épithélium des vaisseaux : « Peut-on interpréter autrement ce fait qu'en admettant que les cellules épithéliales ont absorbé la matière colorante diffuse contenue dans le sang? que celle-ci se soit précipitée ou cadensée en granules; et si plus tard une pigmentation semblable se montre en dehors des vaisseaux et envahit tout le parenchyme de la tumeur, je pense qu'on ne peut nullement douter qu'elle ne se produise comme dans l'épithélium des vaisseaux par l'absorption d'une matière colorante diffuse contenue dans le sang. Toutes les jeunes cellules d'une tumeur mélanique sont incolores; les cellules prennent la matière colorante dans le liquide nourricier, celle-ci se condense et se précipite, les cellules sarcomateuses incolores sont devenues pigmentées. La mélanose n'est donc qu'un accident de certaines tumeurs; on comprend donc que quelques-unes de ces tumeurs soient partiellement mélaniques. »

(1) Rindfleisch, *Traité d'histologie pathologique*.

Cependant nous comprenons difficilement que des cellules aussi différentes que celles qui forment les divers tissus normaux et les diverses tumeurs susceptibles de devenir mélaniques, puissent élaborer une substance définie et présentant des caractères constants comme la mélanine ; que ces cellules puissent transformer l'hématine en une substance réfractaire aux agents chimiques, alors qu'on n'en trouve pas d'analogue dans l'économie. Cette hypothèse ne satisfait donc pas entièrement l'esprit. Aussi M. Bard (1), s'appuyant d'une part sur les différences histologiques et cliniques qui séparent les productions mélaniques des tissus de nouvelle formation auxquels on réserve plus spécialement le nom de tumeurs ; d'autre part sur l'unité d'évolution que présente la mélanose dans quelque condition qu'elle se développe ; considère cette affection comme une espèce pathologique tout à fait à part, ayant une pathogénie, une évolution, une symptomatologie à elle propres ; et il expose nombre de faits à l'appui de cette opinion.

Il remarque d'abord que chez l'homme, comme chez le cheval, le foyer primitif est habituellement extérieur, qu'il débute souvent par une plaie, un traumatisme quelconque, un ongle incarné, une opération pratiquée sur une petite tumeur stationnaire, suivie d'une généralisation presque soudaine. Ajoutant à ces données ce fait qu'il n'existe point de production semblable

(1) *Loco citato.*

dans l'économie à l'état normal, il en arrive à supposer à cette affection une nature parasitaire. Il avoue n'avoir pas réussi à obtenir d'inoculations positives ; mais nous verrons au chapitre de l'étiologie que d'autres expérimentateurs ont été plus heureux. De plus il fait observer que jamais l'élément mélanique ne fait défaut dans les foyers secondaires dès le début de leur formation ; ce qui permet de penser que cet élément est inséparable de la lésion, et qu'il peut même en être la cause déterminante. Il s'explique d'autant moins que ces granules soient le produit d'une sécrétion cellulaire, qu'ils semblent encombrer les cellules plutôt que s'y former. « Ils sont précisément surabondants dans ces masses noires enkystées où l'on ne trouve plus de tissu cellulaire. Ils n'ont pas la forme de pigments, de dépôts ou de dégénérescences. Ils ne sauraient provenir des cellules pigmentaires de la peau, non seulement parce qu'ils ne ressemblent pas à leur pigment habituel, mais encore parce qu'ils ne se présentent nulle part en rapport avec des éléments épithéliaux. » M. Bard nous montre en effet que si ces grains mélaniques existent dans un tissu pathologique, c'est toujours dans des néoplasies conjonctives à cellules plus ou moins avancées en développement, mais se rapprochant plutôt de la forme adulte que de la forme embryonnaire ; car « on n'y rencontre pas la petite cellule embryonnaire très jeune du sarcôme véritable. » Or, ce fait est en contradiction avec la malignité évidente de ces tumeurs, puisque les néoplasmes sont d'autant plus malins que les cellules qui les composent sont

moins avancées en organisation. M. Bard en conclut que cette malignité appartient en propre aux granulations mélaniques ; d'autant plus que cette malignité ne fait jamais défaut, que ces granulations soient observées au milieu de tissus normaux ou dans un tissu pathologique ; et le plus souvent ces deux formes se rencontrent simultanément chez le même individu. Les Observations présentées à la Société de Biologie, le 17 janvier 1874, par M. Nepveu, ne semblent-elles pas venir à l'appui de cette manière de voir ? Cet auteur démontre que dans tous les cas de tumeurs mélaniques généralisées, le sang contient des granules mélaniques à l'état libre, et les globules blancs en sont surchargés. M. Clauzel, dans sa thèse inspirée par M. Nepveu, démontre que ces granules se retrouvent, non seulement dans le sang, mais aussi dans les urines, et dans les crachats des individus atteints de mélanose pulmonaire. Récemment, M. Haushalter (1) fait suivre une Observation de sarcôme mélanique généralisé, des réflexions suivantes : « Ne peut-on pas comparer un cas de sarcôme mélanique généralisé, à un cas de tuberculose généralisée ? L'un et l'autre débutent par une néoplasie, d'abord locale, qui se reproduit tôt ou tard dans l'organisme avec des caractères spéciaux ; seulement dans la tuberculose l'agent de la dissémination est un élément infectieux, un microbe défini ; ne peut-on pas se demander s'il n'en

(1) *Revue Médicale de l'Est*. Nancy, 1887.

est pas de même pour la généralisation du sarcôme mélanique ? » Depuis longtemps déjà le processus inflammatoire provoqué dans les tissus par les granulations mélaniques a été comparé à celui que produisent les bacilles de la tuberculose. Lobstein dit, que comme les substances tuberculeuses et encéphaloïdes, la mélanose se présente dans trois états différents : crudité, ramollissement, demi-liquéfaction. M. Bard fait observer que dans quelques points des sarcômes mélaniques, l'évolution fibreuse est poussée très loin : elle forme des nodules fibreux constitués par des couches concentriques qui rappellent un peu l'aspect du tubercule fibreux. Cependant, M. Bard n'admet pas que ces productions puissent être engendrées par un bacille, se fondant sur les différences qui les séparent des produits élaborés directement par les bacilles connus jusqu'ici. Il termine son étude par la conclusion suivante : « Il est difficile d'autre part d'expliquer la présence des grains mélaniques par l'action productrice d'un parasite passant inaperçu, et qui serait par là même un microorganisme très petit, un microbe d'espèce indéterminée. On ne connaît d'ailleurs aucun microbe capable de provoquer des formations analogues. C'est ainsi qu'on arrive indirectement à penser que ces grains mélaniques pourraient être eux-mêmes l'organisme parasitaire pathogène. S'il en était ainsi, tout s'expliquerait aisément et deviendrait clair dans l'histoire anatomo-pathologique de la mélanose. Le volume et les caractères de ces grains mélaniques, s'ils sont bien réellement parasitaires, les éloigneraient

des microbes proprement dits, pour les rapprocher des organismes sporulaires plus élevés dans la série végétale. Leur volume, en particulier, ainsi que leur histoire pathologique, les rapprocherait notamment du champignon de l'actinomyose. »

Quoi qu'il en soit de leur nature intime, les tumeurs mélaniques présentent entre elles une si grande analogie, qu'elles se prêtent très bien à une étude générale ; d'autant plus, comme le remarque Virchow, que le sarcôme mélanique et la mélanose coexistent la plupart du temps chez le même sujet. Mais, avant d'aborder l'histoire de leur évolution clinique, nous devons dire un mot des diverses formes sous lesquelles elles se présentent.

Les productions mélaniques des organes internes, et en particulier du mésentère, présentent généralement un volume beaucoup plus considérable que les tumeurs analogues développées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou à la peau. Elles se présentent d'abord sous la forme de masses arrondies, marronnées, lobulées, faciles à détacher des organes voisins. Celles qui se sont formées dans les ganglions mésentériques, en s'accroissant décollent ces deux feuillets du mésentère. Ne pouvant s'accroître en arrière, bridées qu'elles sont par la colonne vertébrale et les plans musculaires qui ferment de ce côté la cavité abdominale, elles s'avancent peu à peu entre les deux lames de la séreuse jusqu'à son adhérence à l'intestin grêle. En même temps qu'elles prennent ce développement parfois considérable, elles changent généralement d'aspect et

de consistance. Elles sont devenues plus molles, surtout à leur centre ; et quelques-unes, à une époque avancée de leur évolution, deviennent complètement liquides, si bien qu'elles ressemblent à un kyste rempli d'une bouillie noire comme de l'encre. Leur coloration est du reste variable : on en voit de complètement noires ; et d'autres qui présentent des stries de colorations diverses, des filots à peine colorés et d'autres très foncés, comme si on les avait truffées ; c'est la comparaison qu'emploient la plupart des auteurs. Généralement c'est au centre que l'on observe surtout le pigment noir ; les cellules périphériques en sont d'autant moins surchargées qu'elles sont plus près de la surface. Souvent les petits foyers secondaires qui se montrent autour de la tumeur primitive ne se présentent pas sous le même aspect : on n'y observe pas de nodosités, mais une simple infiltration mélanique des tissus, comme notre Observation n° II nous en fournit un exemple dans une petite tache siégeant sur l'aorte abdominale.

Ces tumeurs présentent aussi de notables différences de structure, qui sont surtout sensibles suivant que l'on considère celles qui se sont développées au milieu de tissus normaux, ou celles qui occupent un tissu de nouvelle formation. Les mélanomes sont des accumulations de matière mélanique dans les éléments normaux des tissus. Peu à peu les cellules sont envahies par les granulations qui deviennent de plus en plus abondantes, surtout au centre ; à tel point que le tissu est complètement détruit et qu'on n'en trouve plus aucune trace. Il est remplacé tantôt par un bloc dur

analogue à un morceau de charbon, dans lequel on ne peut distinguer aucun détail ; c'est ce qui se produit surtout dans les ganglions ; tantôt par un amas de substance molle et noire, tachant le papier et le linge comme de l'encre de Chine.

Mais la plupart des tumeurs mélaniques appartiennent au groupe des fibrômes. Elles sont constituées par des cellules arrondies ou fusiformes, comme dans le sarcôme fasciculé ; et généralement présentent un foyer central pigmenté, ou plus souvent plusieurs foyers en dehors desquels les cellules sont absolument exemptes de dégénérescence et de pigmentation. Quand on examine des cellules de plus en plus rapprochées de ces foyers, on les voit d'abord présenter quelques granulations noires dans le protoplasma autour du noyau, puis dans le noyau lui-même. Ces granulations augmentant toujours, les cellules deviennent globuleuses, puis prennent l'aspect d'une petite masse noire et se détruisent, formant une bouillie noire qui remplit tout le foyer envahi par le pigment.

En résumé, on voit que tout tissu envahi par la mélanose subit sensiblement les mêmes transformations, qu'il s'agisse d'éléments préexistants ou d'éléments de nouvelle formation. Nous avons vu que ces derniers sont issus du tissu conjonctif, et que leur organisation plus ou moins complète les rapproche plutôt du tissu adulte que du tissu embryonnaire. MM. Cornil et Ranvier n'ont jamais observé de mélanose dans les carcinômes.

ÉTIOLOGIE

La mélanose, d'après MM. Cornil et Trasbot, aurait été observée depuis l'âge de dix ans jusqu'à l'âge de 70 ans, avec une prédominance marquée pour la seconde moitié de la vie. Sa fréquence serait presque égale dans les deux sexes. Chez l'homme, l'influence de l'hérédité est incertaine; ce qui ne saurait étonner, vu la rareté de cette affection, et conséquemment le petit nombre des cas observés. Chez le cheval, au contraire, qui en est très fréquemment atteint, l'influence de l'hérédité est incontestée.

La contagiosité de la mélanose est assez volontiers admise par certains auteurs : Eiselt rapporte que des palefreniers qui soignaient des chevaux atteints de tumeurs mélaniques, ont contracté la même maladie. Klenke cite des faits d'inoculations de chevaux sur des chevaux, de chevaux sur des chiens, qui ont été suivies de reproduction de la mélanose. Goujon, en 1866, vit parfaitement réussir des essais d'inoculation. Enfin, en 1874, M. Clauzel, à qui nous empruntons ces détails, inocula quelques fragments de tumeurs mélaniques dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins et de

cobayes, et vit ces petites parcelles grossir et se développer.

Quoi qu'il en soit, l'influence des traumatismes sur la production ou la généralisation de ces tumeurs n'est guère discutable, et est admise par la grande majorité des auteurs. Dans presque toutes les observations de tumeurs mélaniques, on trouve que la cause invoquée est un traumatisme, une irritation prolongée d'un *noëvus pigmentaire*, une excision d'une petite verrue pigmentée.

L'hypothèse de la nature parasitaire de cette affection jetterait un peu de clarté sur son étiologie obscure. Elle expliquerait notamment, dans le sujet qui nous occupe, l'existence de tumeurs mélaniques développées primitivement dans le mésentère, et aussi la rareté de tumeurs de cette nature dans cet organe. En effet, si elles sont dues au développement d'un germe morbide venu du dehors, il est naturel qu'elles se montrent primitivement dans la grande majorité des cas à la peau ou dans des organes superficiels, et c'est ce qu'on observe, en effet. Mais il n'est pas impossible que des granulations mélaniques pénètrent par une petite lésion de la muqueuse de l'intestin, soient entraînées par les vaisseaux lymphatiques et se fixent dans les ganglions mésentériques. Chez le cheval, le rectum et le fourreau de la verge sont les organes par lesquels débute le plus souvent la mélanose ; et Virchow dit que chez l'homme, le rectum est le seul organe interne où l'on ait observé positivement des tumeurs mélaniques primitives. Pourquoi les autres parties de l'intestin ne

pourraient-elles pas aussi être leur point de départ ? Et quand à l'autopsie, on trouve des masses mélaniques à la fois sur l'intestin et sur les parties voisines, comment discerner le siège exact de la lésion initiale ? Si la mélanose n'est pas une propriété particulière de certaines tumeurs, si elle est produite par un germe venu du dehors, on ne peut pas se baser pour déterminer le point de départ d'une tumeur mélanique, sur la comparaison de sa texture intime avec la texture des tissus préexistants qu'elle a envahis, ainsi qu'on le fait pour les autres néoplasies. On en est réduit à chercher quelle a pu être la porte d'entrée de l'élément morbide, ce qui est presque impossible, quand l'affection a pris un grand développement et qu'elle s'est généralisée. Pour qu'on soit fondé à admettre qu'une tumeur mélanique a eu son siège primitif dans un organe aussi profondément situé que le mésentère, il faut donc que cette tumeur ne présente pas de noyaux disséminés dans des parties plus superficielles, ce qui est extrêmement rare. Aussi notre Observation n° I nous semble présenter un grand intérêt à ce sujet, puisque la tache noire située sur l'intestin, qui, seule, pourrait faire rejeter l'hypothèse d'une lésion primitive du mésentère, n'intéresse que la tunique externe, et par conséquent nous paraît devoir être considérée comme une localisation de propagation.

SYMPTOMATOLOGIE

Etant donné la situation profonde du mésentère, il est bien évident que la nature mélanique d'une tumeur développée primitivement dans cet organe, pourra difficilement être soupçonnée, surtout à son début; et que son évolution clinique ne différera pas d'une autre néoplasie à marche très rapide.

Ses symptômes, comme ceux de toute tumeur mésentérique, sont assez obscurs et ne sont révélés que par une exploration très attentive de la région. M. Péan (1) fait observer que les tumeurs du mésentère sont généralement indolentes et provoquent peu de troubles fonctionnels, même quand elles sont volumineuses. Morgagni avait remarqué leur évolution latente et le peu d'altération de la santé générale; ce qui paraît surprenant quand on songe à l'importance des organes qui peuvent se trouver comprimés ou envahis. Du reste, cette indolence est loin d'être constante, et

(1) Péan : *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. I.

tous les auteurs reconnaissent que les tumeurs à accroissement rapide ne tardent pas à provoquer des douleurs ; douleurs rarement continues, revenant par accès, par paroxysmes. Un signe plus constant est le siège de ces sensations douloureuses, que les malades éprouvent presque toujours au niveau de l'ombilic. C'est également en ce point qu'apparaît tout d'abord la tuméfaction, généralement un peu à droite. Ces deux phénomènes, douleur et tumeur, sont à peu près contemporains (1) : ils apparaissent tantôt simultanément, tantôt l'un après l'autre, et dans ce cas, l'un ou l'autre peut se montrer le premier. Quant au siège occupé par la tumeur, il est très variable, parce qu'il est déterminé en grande partie par le volume du néoplasme, qui est parfois considérable au moment où le malade se présente pour la première fois à l'examen du médecin ; ce qui a lieu notamment lorsque les douleurs ont fait défaut, et que les phénomènes de pesanteur et de compression donnent seuls de l'inquiétude.

Ces tumeurs sont généralement mobiles dans tous les sens, mais surtout dans le sens latéral, ce qui se comprend aisément, vu la hauteur et la direction du mésentère. Mais il est non moins évident que cette mobilité doit varier considérablement avec le volume de la tumeur, et qu'une masse volumineuse qui a décollé les deux feuillets depuis la colonne vertébrale jusqu'à leur insertion intestinale, doit présenter une

(1) Augagneur. *Loc. cit.*

mobilité fort restreinte. La palpation peut, en outre, fournir quelques notions sur la consistance de la tumeur et servir à diagnostiquer à quelle variété elle appartient.

Le signe le plus important pour M. Tillaux est fourni par la percussion, qui permet de reconnaître s'il existe ou non au-devant de la tumeur des anses intestinales. M. Tillaux (1) distingue au point de vue clinique, dans la cavité abdominale, deux espaces dans lesquels peuvent se développer des tumeurs : l'espace intrapéritonéal, dans lequel font saillie les côlons, l'intestin grêle et l'estomac ; l'espace sous-péritonéal, dans lequel on rencontre les reins, les gros vaisseaux, le pancréas ; espace qui se prolonge dans l'épaisseur du mésentère et des mésocôlons. Cette distinction, purement théorique, a une importance pratique très grande, puisqu'elle permet de désigner le siège des tumeurs abdominales. En effet, si une tumeur se développe aux dépens d'un organe situé dans l'espace sous-péritonéal comme le rein, le pancréas ou le mésentère, elle refoulera au-devant d'elle les anses intestinales qui la sépareront de la paroi abdominale antérieure. Si, au contraire, elle se développe dans l'espace intrapéritonéal, elle sera directement en contact avec la paroi abdominale antérieure, et la percussion ne dénotera pas la présence d'anses intestinales à sa surface. Les autres signes déjà étudiés, tels que la situation de la

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 17 août 1886.

tumeur sur la ligne médiane, sa grande mobilité, surtout dans le sens transversal, feront distinguer une tumeur du mésentère d'une tumeur développée aux dépens du pancréas ou du rein. Cependant, nous verrons au chapitre du diagnostic, combien cette distinction est souvent difficile à établir.

Les seules tumeurs qui, avec les tumeurs mésentériques, sont situées sur la ligne médiane et recouvertes par des anses intestinales, sont les tumeurs de l'utérus et de ses annexes. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Péan, celles-ci se développent de bas en haut et sont accessibles à la partie inférieure de l'abdomen, tandis que les premières sont séparées de la symphyse des pubis par une zone de sonorité.

Les organes voisins sont plus ou moins troublés dans leur fonctionnement, selon l'espèce de tumeur que l'on considère. La circulation collatérale est rare et ne s'observe guère que dans les tumeurs volumineuses qui compriment les veines mésentériques. C'est surtout avec les lipômes qu'elle a été observée. La malade qui fait le sujet de notre Observation n° II, présentait aussi ce symptôme, ce qui s'explique par le volume considérable qu'avait atteint le néoplasme. L'ascite est plus fréquente, et se montre plutôt en raison de la malignité des tumeurs que de leur volume, soit à cause de la réaction inflammatoire, soit à cause de l'état cachectique qu'elles déterminent.

La respiration est quelquefois gênée par deux mécanismes différents : soit qu'une tumeur très volumineuse refoule le diaphragme, soit qu'un néoplasme envahis-

sant contracte des adhérences avec ce muscle et gêne son fonctionnement. Mais les troubles fonctionnels les plus accentués s'observent naturellement du côté de l'intestin. La circulation artérielle et veineuse peut se trouver entravée ou même supprimée, et il en résulte des troubles très graves dans la nutrition de l'intestin et dans les fonctions de sécrétion et d'absorption de ses parois; ou bien les parois elles-mêmes de cet organe peuvent être envahies par le néoplasme. Presque toujours, les vaisseaux chylifères sont comprimés, ce qui apporte une gêne considérable dans l'absorption.

Notre Observation n° II nous montre que les fonctions de l'estomac peuvent être également atteintes dans les cas de néoplasmes du mésentère; les vomissements étaient un des principaux symptômes accusés par la malade. Ce phénomène doit être attribué très vraisemblablement à la compression produite par la tumeur sur le plexus solaire.

Nous rapportons ici l'Observation du malade que nous avons pu suivre. Elle est intéressante en ce que le diagnostic de tumeur mésentérique put être fait pendant la vie, grâce à la netteté des signes cliniques.

OBSERVATION I (*personnelle*).

Sarcôme mélanique du mésentère. — Anémie extrême. — Cachexie rapide. — Infection streptococcique secondaire au niveau des ganglions altérés. — Mort par septicémie.

Baggio, Alfred, 48 ans, employé à la Compagnie du gaz, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, lit n° 4, le 20 octobre 1891.

Antécédents héréditaires : Père mort à 52 ans, mère morte à 80 ans, deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels : Fréquentes épistaxis de 12 à 19 ans.

Pas d'antécédents pathologiques.

En mai 1891, il aurait eu une affection caractérisée par de la céphalée, des phénomènes d'angine tonsillaire et une éruption en plaques localisée à la poitrine et aux membres. L'éruption n'aurait duré que deux jours et aurait été suivie d'une légère desquamation. Depuis cette époque il se serait bien remis ; cependant le malade, qui était assez fumeur, éprouvait un certain dégoût pour sa cigarette, ce qui lui faisait penser qu'il n'était pas complètement revenu à son état normal.

Le 3 septembre dernier, il a été pris d'un mal de tête très violent, de faiblesse générale, de courbature, d'un manque complet d'appétit. Il s'alita, et à partir de ce moment, il n'a plus quitté le lit. Il ne se plaint que d'un dégoût profond pour les aliments ; il n'a jamais eu ni nausées ni vomissements. Céphalée nocturne, surtout dans la région occipitale. Il va très régulièrement à la selle, sans alternatives de diarrhée et de constipation. Anémie profonde ; la peau est totalement décolorée, translucide ; le nez

est aminci, toutes les muqueuses décolorées. Œdème très prononcé des membres inférieurs, de la paroi abdominale et de la verge.

Souffles anémiques au cœur et dans les vaisseaux du cou ; murmure vésiculaire normal.

Palpation de l'abdomen. — On sent une tumeur commençant à gauche et au-dessous de l'ombilic et s'étendant à droite jusque vers l'aîne. Cette tumeur est rénitente, irrégulière, peu douloureuse à la pression. Elle n'adhère pas à la paroi abdominale, ne suit pas les mouvements du diaphragme. Léger épanchement ascitique. Numération des globules : 1,200,000 globules rouges, 4.800 globules blancs ; hémoglobine réduite au tiers. Pas d'autres éléments organiques ou animés.

Le foie douloureux à la pression déborde de deux travers de doigt. La rate est volumineuse. Jamais d'hématuries.

Dyspnée : respiration, 34 par minute ; pouls, 120 ; tension artérielle, 14. L'oppression est surtout accusée la nuit.

Le diagnostic porté fut : tumeur mésentérique, probablement ganglionnaire.

Potion avec scille, éther, digitale.

22 octobre. Le malade délirant raconte qu'il se trouve beaucoup mieux, qu'il est très content, qu'il ne souffre pas le moins du monde ; mais l'abattement est plus prononcé que la veille. Hier soir, violent frisson ; on a fait deux piqûres d'éther. Le malade a les yeux continuellement fermés, est très oppressé. La langue est sèche, rôtie ; il se plaint d'avoir une soif extrêmement vive. Pouls : 120. Le malade aurait eu trois selles dans la nuit, il gâte ; matières très liquides et jaune clair. A la suite de ses selles il aurait été plus abattu.

Œdème des membres supérieurs. Douleur à la pression au niveau des fausses côtes à droite.

Potion de Todd avec 1 gr. de teinture de scille, et 1 gr. de caféine.

23 octobre. La température qui, la veille, était normale, est montée brutalement à 40° et est restée cantonnée à ce chiffre jusqu'à la mort. En présence de ces phénomènes aigus, frisson violent, point de côté, langue rôtie, élévation de la température, M. Lancereaux pense à une pneumonie.

24 octobre. Le malade a été calme toute la journée et la nuit. Vers trois heures du matin, il demande le bassin au veilleur, se soulève, retombe sur son oreiller, fait quelques inspirations de plus en plus espacées et meurt.

L'examen des urines avait donné les résultats suivants : densité, 1020 ; réaction acide ; couleur très foncée, ni albumine, ni sucre.

Autopsie. — Ouverture de la cavité thoracique : Cœur surchargé de graisse. Myocarde mou et décoloré. Ventricules dilatés renfermant tous deux des caillots cruoriques. Les valvules mitrale et sigmoïdes de l'aorte sont saines ; les valvules tricuspide et sigmoïdes pulmonaires saines également.

L'aorte thoracique présente quelques plaques jaunâtres saillantes. A la coupe de ces plaques on trouve entre les parois interne et moyenne du vaisseau un amas de matière jaune ayant un centimètre environ de diamètre.

Poumon gauche ; crépitation normale ; point de foyer de broncho-pneumonie ou de pneumonie. Cependant le sommet, très fortement œdématié, laisse sourdre à la pression une grande quantité de liquide verdâtre.

Poumon droit normal, sauf au sommet qui est, comme à gauche, œdématié, et présente en outre des traces de tuberculose guérie.

Cavité abdominale. — Elle renferme un litre d'un liquide séreux ni purulent, ni hémorrhagique.

Foie : forme, couleur, consistance normales ; poids : 2,750 gr.
Coupe : normale ; on ne trouve point de noyaux secondaires. La

vésicule renferme une petite quantité de bile trouble, de couleur jaune foncé.

Estomac très dilaté, rempli de gaz. Aucune tumeur.

Rate très volumineuse, molle, extrêmement diffluite.

Reins volumineux ; poids : 380 grammes. La capsule se détache facilement. Substance décolorée, jaunâtre par places, tandis que d'autres points présentent des arborisations très prononcées. A la coupe, les reins sont très profondément altérés ; toute la substance est blanc jaunâtre, on dirait des reins infectieux. Point d'abcès ni d'infarctus. Ni les calices, ni les bassinets, ni les uretères ne sont dilatés.

L'intestin ouvert laisse s'écouler des matières abondantes, fluides, ayant la consistance du lait et une couleur jaune de chrome. Les anses intestinales écartées laissent voir dans la portion médiane une tumeur volumineuse et aplatie comprise entre les deux feuillets du mésentère.

Tumeur. — Elle a décollé dans presque toute leur étendue les deux feuillets du mésentère. Large dans sa partie supérieure, c'est-à-dire au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, la tumeur descend en pointe jusqu'à la limite inférieure du mésentère ; tandis que son bord vertébral répond aux insertions mésentériques, du moins sur presque toute leur étendue ; elle s'en écarte un peu en bas. Le bord intestinal est séparé des anses intestinales par 6 ou 7 centimètres de mésentère normal. Son aspect général est donc celui d'un croissant dont la convexité regarde à gauche, rougeâtre en haut, noirâtre dans le reste de son étendue. Cette teinte disparaît par places et est remplacée par des trainées jaunâtres dues à la graisse du mésentère.

La surface de la tumeur est irrégulière, bosselée, présente de très gros mamelons, de la grosseur d'une noix et d'une pomme. A sa partie supérieure elle est épaisse de 4 à 5 centimètres au moins ; son extrémité inférieure atteint en épaisseur 6 ou 7 cen-

timètres. Partout la consistance de cette tumeur est molle, et donne l'idée de cavités kystiques bridées par des parois peu résistantes. La face inférieure a le même aspect et la même consistance que la face supérieure.

Les surfaces libres n'ont contracté aucune adhérence avec les organes voisins. L'estomac flotte libre au devant de la tumeur ; le grand épiploon est normal ; point d'adhérences non plus avec le gros intestin. A droite, la tumeur a refoulé le feuillet mésentérique et est parvenue jusqu'au mésocôlon ascendant.

La tumeur présente les mouvements du mésentère et adhère à la colonne vertébrale au niveau des adhérences normales du mésentère.

L'aorte abdominale est couchée à partir de la deuxième vertèbre lombaire dans un lit de ganglions tuméfiés, volumineux et noirâtres, qui recouvrent aussi bien sa face antérieure que sa face postérieure, et sont plongés dans une atmosphère graisseuse abondante. Les ganglions antérieurs contigus à la masse de la tumeur, peuvent assez facilement en être séparés par la dissection ou l'arrachement méthodique.

Dans un point correspondant à l'un des ganglions tuméfiés, les parois de l'aorte abdominale, et en particulier la paroi interne où la lésion est le plus visible et le plus étendue, présentent une plaque noirâtre d'environ 1 centimètre de diamètre. Le centre de cette tache est occupé par un amas gros comme un grain de millet composé d'une bouillie jaunâtre très apparente sur la face interne de l'artère.

La veine cave inférieure incisée dans toute son étendue ne présente aucune altération. Il en est de même pour les corps vertébraux lombaires.

Tous ces ganglions lymphatiques tuméfiés et noirâtres, prévertébraux et préaortiques n'ont contracté aucune adhérence avec le tissu cellulaire environnant. A la coupe, leur surface parfaitement unie est noire et parsemée de petites taches blanc grisâtre.

Le pancréas a sa forme, sa consistance, ses dimensions normales. Il ne présente rien de particulier à la coupe. Plusieurs des ganglions lymphatiques qui occupent ses faces sont tuméfiés et noirâtres, principalement ceux de la queue de l'organe. Ils sont libres dans leur atmosphère celluleuse. Le néoplasme semble à première vue adhérer très intimement aux ganglions du bord inférieur et de la tête du pancréas, mais une dissection attentive permet de l'isoler de ces organes. Le canal de Wirsung est libre dans tout son parcours.

Au niveau du point de fusion du duodenum et du pancréas, on se trouve encore en présence, en avant comme en arrière, des mêmes masses ganglionnaires tuméfiées et noirâtres. Ces masses entourent en outre les vaisseaux du hile du foie. Depuis sa partie inférieure l'intestin qui est séparé de la tumeur par plusieurs centimètres de mésentère sain se laisse facilement enlever ; il n'en est plus de même dans la région duodénale, où la tumeur se rapproche du tube digestif au point d'y adhérer. Il faut alors ouvrir l'intestin par le côté opposé à la tumeur. L'ouverture ainsi pratiquée permet de constater l'absence de toute altération.

On a pu enlever totalement la tumeur de la cavité abdominale grâce à son isolement des organes voisins. L'incision d'une des poches de la tumeur met à jour une masse d'apparence médullaire, de consistance molle, noirâtre, avec des points rouges correspondant à des foyers d'hémorrhagie. Cette bouillie est composée d'une portion noirâtre et d'une portion grise. On peut facilement énucléer le contenu de la poche ; on tombe alors sur une coque extrêmement dense. A côté de cette poche volumineuse (7 cent. sur 6) s'en rencontrent de beaucoup plus petites qui mettent sur la voie de la nature du néoplasme. Elles présentent en effet l'apparence, le volume et la consistance des ganglions lymphatiques hypertrophiés et noirâtres que nous avons rencontrés plus haut en avant et en arrière de l'aorte abdominale.

Centres nerveux intacts.

Examen bactériologique de la tumeur. — Le contenu puriforme d'une des masses néoplasiques est étalé sur des lamelles et coloré (violet de gentiane et gram). Entre les amas cellulaires apparaissent des chaînettes de cocci des plus nettes. Mis en culture dans le bouillon, sur agar et gélatine peptone, ce pus donne uniquement le streptocoque pyogène. L'inoculation à une souris a donné un abcès local.

Sur les coupes de foie, de rate, de reins, on met facilement en évidence des amas de cocci (gram et eosine). Nulle part, il n'y a formation d'abcès.

En résumé, infection streptococcique généralisée consécutive à un point de suppuration ganglionnaire.

Examen histologique. — Le râclage des néoplasmes ganglionnaires donne un suc qui renferme plusieurs variétés de cellules arrondies, polygonales, épithélioïdes. Toutes renferment des granulations noirâtres en abondance. Les coupes de ganglions montrent qu'on est en face d'un lymphosarcôme, car il y a en même temps qu'une hypertrophie et un épaissement des cloisons conjonctives formant le stroma des ganglions, une abondance extrême de cellules rondes à noyau très évident. Le protoplasma de ces cellules renferme des granulations mélaniques.

Pas de noyaux secondaires dans aucun parenchyme.

En résumé : lymphosarcôme mélanique.

Ainsi donc cette Observation nous présente les caractères cliniques et anatomo-pathologiques des tumeurs du mésentère et des tumeurs mélaniques, tels qu'on les trouve décrits dans les auteurs : Anémie, cachexie, dégoût pour les aliments; tumeur allongée dans le sens vertical, irrégulière, bosselée, rénitente, indolente,

mobile, sans adhérences aux parties voisines. Nous retrouvons-là l'ensemble symptomatique que nous venons d'exposer. Nous y trouvons de plus cette contradiction si curieuse entre les symptômes locaux qui sont ceux d'une tumeur bénigne, et les symptômes généraux excessivement graves ; contradiction dont nous nous occuperons au chapitre du diagnostic. D'autre part l'examen de la pièce nous montre que cette tumeur bossalée est formée d'anfractuosités remplies d'une bouillie noire et cloisonnées par des travées fibreuses très résistantes ; que les masses ganglionnaires contiennent outre les éléments fibreux des cellules rondes ; qu'enfin tous ces éléments sont infiltrés de granulations mélaniques. Telles sont, en effet, les lésions que présentent habituellement ce genre de tumeurs, ainsi que nous l'avons vu. Il ne manque à ce tableau que la présence de granules mélaniques dans le sang pour en faire un type de l'affection que nous étudions.

Mais si cette Observation nous présente un ensemble de caractères classiques, nous y voyons aussi que la terminaison de la maladie est tout à fait anormale, et ce n'est pas le côté le moins intéressant de la question. Cette évolution si peu commune dans les néoplasies même les plus malignes ne ressemble-t-elle pas à ce que l'on observe quelquefois chez les chevaux atteints de mélanose ? Nous avons vu que cette maladie ne compromet généralement pas l'existence de ces animaux. Il arrive cependant que des tumeurs mélaniques volumineuses et ramollies, venant à s'ouvrir au dehors,

donnent lieu à un écoulement abondant de matière noire qui finit par faire mourir l'animal de consommation, s'il n'est pas emporté plus tôt par une infection à marche aiguë.

DIAGNOSTIC

Deux opérations sont nécessaires pour établir le diagnostic exact d'une tumeur mélanique du mésentère :

- 1^o Déterminer qu'elle siège dans le mésentère ;
- 2^o Déterminer sa nature mélanique.

Examinons successivement ces deux problèmes difficiles à résoudre.

La banalité des symptômes que nous avons étudiés au chapitre précédent, communs pour la plupart à des tumeurs abdominales de sièges divers, rend le plus souvent très difficile le diagnostic d'un néoplasme mésentérique. L'indolence et l'absence de troubles fonctionnels invoqués par M. Péan, sont loin d'être constantes, ainsi que nous l'avons vu. Le malade que nous avons observé rentre cependant dans cette catégorie, puisque, jusqu'à la fin, il ne ressentit aucune douleur, ni aucune gêne.

Le siège initial de la tuméfaction n'est pas non plus un signe certain ; car s'il est généralement médian, on l'observe souvent un peu à droite, et dans ce cas, on est exposé à croire à une tumeur rénale. Notre Obser-

vation n° II est, à cet égard, excessivement intéressante : la tuméfaction avait débuté dans le flanc gauche, au niveau de la région du rein ; et quand le malade se présenta à l'hôpital, cette tumeur avait le volume apparent d'une tête de fœtus, légèrement mobile, située exactement dans la région du rein gauche. Une autre tuméfaction de la grosseur des deux poings existait, il est vrai, au niveau de l'ombilic, mais elle était apparue après la première et lui paraissait évidemment consécutive. Aussi le diagnostic porté fut-il celui d'épithéliôme primitif du rein gauche, avec épithéliôme secondaire des ganglions prévertébraux. Un seul caractère clinique pouvait infirmer ce diagnostic : c'était l'état des urines ; celles-ci, en effet, restèrent jusqu'à la fin limpides, sans coloration anormale, et ne présentèrent jamais ni albumine, ni sucre.

La situation sur la ligne médiane est un signe qui s'observe également dans les tumeurs de l'épiploon et dans les tumeurs de l'utérus et de ses annexes. Nous voyons, en effet, dans les Observations publiées de tumeurs du mésentère, que, presque toujours, le diagnostic porté pendant la vie a été : kyste de l'ovaire.

La mobilité nous paraît offrir une base plus ferme au diagnostic. Aucune tumeur abdominale, en effet, ne saurait offrir une mobilité aussi grande que les tumeurs mésentériques. Nous avons vu toutefois que ce caractère est susceptible de perdre de sa netteté quand la tumeur devient très volumineuse. Cependant ce signe permet, dans la grande majorité des cas, de différencier une tumeur mésentérique des autres tumeurs

abdominales. Les néoplasmes utérins ou ovariens, même s'ils sont mobiles, exposeront sans doute à la confusion; mais leur mobilité sera peu accentuée, elle sera transversale seulement, et enfin se transmettra aux organes contenus dans le bassin : elle y produira des modifications que l'on pourra constater par le toucher vaginal. Une tumeur mésentérique peu développée, profondément et un peu latéralement située, pourrait en imposer pour un rein flottant; mais jamais celui-ci ne jouira d'une mobilité aussi étendue, et surtout ne pourra osciller d'un côté à l'autre de la ligne médiane.

Reste le signe invoqué par M. Tillaux. Ce signe, bien que théorique, peut néanmoins être fréquemment observé en clinique; car une tumeur mésentérique, en se portant en avant, ne saurait rejeter à droite et à gauche les anses intestinales, sans être croisée en quelque point par une partie d'intestin. Ce n'est que dans le cas où cette portion d'intestin se trouverait vide ou aplatie par la tumeur contre la paroi abdominale, que la percussion pourrait ne pas la déceler; et alors peut-être pourrait-on la reconnaître par la palpation. Ce signe permettra notamment de rejeter une néoplasie de l'épiploon (1), tumeur généralement étalée, présentant une matité superficielle dans toute son étendue, et quelquefois une sonorité profonde due aux

(1) Camus. *Etude des néoplasies primitives du grand épiploon*. Th. de Paris, 1892.

ances intestinales sous-jacentes; tandis qu'au contraire, une tumeur mésentérique présente quelques points de sonorité superficielle et une matité profonde.

Quant aux signes tirés des troubles de fonctionnement des organes voisins, ils n'ont aucune valeur dans l'espèce, puisqu'ils peuvent s'observer aussi bien dans d'autres tumeurs abdominales.

En résumé, on devra songer à une tumeur du mésentère toutes les fois que l'on constatera l'existence des trois signes suivants :

- 1° Situation de la tumeur sur la ligne médiane ;
- 2° Sa mobilité très grande dans tous les sens ;
- 3° Une zone de sonorité à la percussion sur la partie antérieure et au-dessous de la tumeur.

Ces symptômes sont communs à toutes les tumeurs mésentériques quelle que soit leur nature. Il nous reste à examiner s'il existe des signes cliniques permettant de distinguer les tumeurs mélaniques des autres néoplasmes développés dans le même organe.

Ces tumeurs sont presque toujours indolentes au début, et conservent ce caractère pendant très longtemps, souvent même pendant toute la durée de leur évolution. Mais M. Verneuil (1) nous engage à nous méfier du phénomène douleur dans les néoplasmes, et à n'en pas tirer de conclusions ni diagnostiques, ni pronostiques; car rien n'est plus variable que ce phénomène; il indique seulement dans la plupart des cas la marche envahissante de la tumeur.

(1) Congrès de Nancy, 1886.

Par leur forme et leur consistance généralement dure au début, les tumeurs mélaniques rappellent les altérations ganglionnaires si fréquentes dans le mésentère. Elles peuvent être confondues notamment : soit avec la tuberculose des ganglions mésentériques ; soit avec une adénopathie d'origine leucémique qui aurait peu touché les autres ganglions, ainsi que le foie et la rate, ce qui est évidemment très rare ; l'examen du sang lèverait du reste tous les doutes. La confusion pourrait être plus difficile à éviter avec l'adénopathie tuberculeuse, car cette affection présente quelquefois au palper une ou plusieurs tumeurs marronnées, dures, s'accompagnant d'un certain degré d'épuisement et de débilitation, de pâleur, d'amaigrissement. Cependant ces masses tuberculeuses sont généralement peu mobiles et s'accompagnent ordinairement de diarrhée, tandis que les masses mélaniques sont ordinairement très mobiles et s'accompagnent plutôt de constipation.

A une époque plus avancée de leur évolution, les tumeurs mélaniques se ramollissent presque toujours et prennent une apparence et une consistance kystiques. A ce moment aussi, elles ont déjà amené une cachexie plus ou moins prononcée, et l'état général du malade : pâleur, amaigrissement, traits tirés, perte des forces et de l'appétit, fait songer à un néoplasme malin, d'autant plus que ceux-ci présentent le plus souvent une consistance pâteuse, surtout les sarcomes qui se ramollissent aussi à leur période ultime. Pourtant, ces néoplasmes ont généralement acquis un développement considéra-

ble quand ils sont arrivés à cette période, tandis que les tumeurs mélaniques provoquent souvent une cachexie profonde, alors même que leur volume est peu considérable. Toutefois, ces tumeurs ne se présentent pas toujours avec cette apparence kystique, même à une période très avancée. Elles peuvent même rester excessivement dures, surtout lorsque le tissu, de nouvelle formation, qui les constitue est formé en grande partie d'éléments fibreux adultes, comme c'est le cas dans notre Observation n° II, où la tumeur présentait, jusqu'à la fin, une dureté ligneuse qui fit croire à un épithéliôme. Quoi qu'il en soit, les rapports entre le développement des tumeurs malignes et l'état cachectique qui les accompagne sont tellement variables, qu'il est à peu près impossible de distinguer, par les procédés ordinaires de la Clinique, une tumeur mélanique d'un néoplasme malin.

Aussi la découverte de granulations mélaniques dans le sang (1) nous paraît avoir une importance considérable dans le sujet qui nous intéresse. M. Nepveu démontra, en 1874, à la Société de Biologie, que l'on peut s'assurer par l'examen du sang, qu'une tumeur mélanique est en voie de généralisation. C'est, dit-il, un fait facile à constater en faisant avec la pointe d'une épingle une piqûre à la pulpe d'un doigt, ou mieux avec l'extrême pointe d'un très fin bistouri une incision très petite. On observe que le sang a comme une teinte

(1) Nepveu. *Union médicale*, 1886, 496.

très légère de noir de fumée; si l'on vient alors à en porter une goutte sous le microscope, on y reconnaît facilement les caractères suivants : on y rencontre des granulations mélaniques à l'état libre, des globules blancs devenus en tout ou en parties mélaniques par absorption des granulations libres; on y observe aussi des moules vasculaires très fins, puisqu'ils circulent dans les capillaires, couverts ou imprégnés de granulations mélaniques. M. Clauzel (1) démontre que l'examen microscopique des urines peut aussi dévoiler l'existence de granulations mélaniques dans ce liquide. Déjà Norris, en 1820, Schilling, en 1831, avaient basé des déductions diagnostiques sur la coloration noire que prennent les urines sous l'influence de divers réactifs dans des cas de mélanose. M. Clauzel fait remarquer que cette coloration noire des urines peut s'observer dans une foule de maladies, surtout, d'après Virchow, dans les altérations du foie, et il en conclut que l'examen chimique ne saurait suffire à baser un diagnostic ferme et qu'il faut lui adjoindre l'examen microscopique. M. Nepveu ayant fait l'examen de l'urine d'un malade mort d'une tumeur mélanique, y observa les altérations suivantes: après addition d'acide nitrique et de bichromate de potasse, une coloration noirâtre très manifeste, et, à l'examen microscopique, de petites masses brunâtres paraissant formées par des agrégations de granulations de même couleur.

(1) Clauzel *Loc. cit.*

Ces faits se rapportent, il est vrai, à des tumeurs généralisées. Mais nous savons que les tumeurs mélaniques se généralisent avec une extrême rapidité; et, quand une tumeur semblable du mésentère a acquis un volume suffisant pour attirer l'attention, il est bien probable qu'elle a déjà envahi le système vasculaire sanguin ou lymphatique, bien qu'elle paraisse limitée à un seul organe.

On ne devrait donc pas négliger d'examiner le sang des malades qui présentent une tumeur du mésentère amenant rapidement l'amaigrissement, la perte de l'appétit, une anémie profonde, surtout lorsque le petit volume de la tumeur et son indolence contrastent avec la gravité des symptômes généraux que présente le malade.

L'Observation suivante nous montrera combien est parfois difficile le diagnostic de ces tumeurs.

OBSERVATION II

Sarcôme mélanique primitif des ganglions lombaires. — Nœvi

Chambellan, Annette, 62 ans, casquetière, entrée le 21 mai 1885 à la Pitié, dans le service de M. Lancereaux, salle Lorain, lit n° 27.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il y a dix mois que la malade s'est aperçue qu'elle portait dans

le flanc gauche, au niveau de la région des reins, une tumeur du volume d'une grosse noix. Insensiblement, cette tumeur a grossi sans gêner la malade. Deux mois après environ, apparut une autre tuméfaction, un peu au-dessus de l'ombilic. Ces tumeurs augmentèrent de volume sans provoquer de douleurs ni de gêne d'aucune sorte; seulement, la malade s'aperçut qu'elle maigrissait et qu'elle perdait ses forces; elle avait du dégoût pour les aliments. Puis les tumeurs venant à s'accroître de plus en plus, de nouveaux troubles vinrent s'ajouter aux premiers: des vomissements opiniâtres et des douleurs lombaires, qui empêchaient la malade de dormir; elle se décida à entrer à l'hôpital.

22 mai. La malade est très pâle, anémiée, très amaigrie; sa peau est décolorée, et quand on froisse ses muscles pectoraux on constate du myœdème. Elle se plaint de vomir tout ce qu'elle prend, environ une demi-heure après l'ingestion, quelquefois immédiatement après. Ce matin, ces vomissements sont jaunes, épais, de la consistance d'une purée. Dégoût prononcé pour toute espèce d'aliments; il n'y a jamais eu de vomissements noirs.

A la palpation du flanc gauche, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus, bosselée, irrégulière, de consistance ligueuse. Elle s'étend depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusque sous les fausses côtes; on peut la soulever et la déplacer légèrement; elle ne semble pas avoir contracté d'adhérences avec les organes environnants. En avant et en haut, au-dessus de l'ombilic, on trouve une masse du volume des deux poings, paraissant composée de plusieurs masses superposées, bosselées, de consistance ligueuse. Cette tumeur descend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic, à droite de la ligne médiane.

Le foie déborde un peu les fausses côtes.

Urines: 500 gr., couleur pale ale; ni albumine ni sucre.

La malade n'a jamais uriné de sang.

Le diagnostic porté est: épithéliôme du rein avec épithéliôme secondaire des ganglions prévertébraux.

Deux pilules d'opium ; lait.

3 juin. La malade a vomi quatre fois cette nuit ; les vomissements sont visqueux, épais, verdâtres, leur consistance est toujours celle d'une purée. Les douleurs lombaires persistent et empêchent la malade de dormir. Inappétence complète, dégoût pour les aliments. Langue nette et humide, sans enduit. Pas de constipation ni de diarrhée. Urines : $\frac{3}{4}$ de litre, couleur pale ale ; réaction acide, densité, 1020, pas d'albumine ni de sucre.

4 juin. La malade a encore vomi ; elle constate que ses envies de vomir surviennent toujours à la même heure, vers minuit ; elle n'en a pas dans le jour. Environ une demi-heure après avoir pris du lait, elle a des renvois, la sensation d'un goût âcre, acide ; puis elle vomit. Autrefois, elle restait souvent un jour ou deux sans vomir ; depuis quinze jours, elle vomit toutes les nuits. Les vomissements sont toujours épais, filants, jaunâtres, rappelant la couleur du beurre fondu ; leur odeur est celle de la fermentation du lait sùri. L'état général ne s'est pas aggravé ; douleurs lombaires comme les jours précédents ; pas de constipation ni de diarrhée ; langue humide, sans enduit. Pas de fièvre. Même état des tumeurs.

10 juin. Depuis deux jours la malade n'a pas vomi. Elle se plaint toujours de douleurs lombaires, de tiraillements d'estomac. Toujours le même dégoût pour les aliments ; la langue n'est pas mauvaise. Pas de fièvre. Météorisme.

Urines : $\frac{1}{4}$ de litre ; densité, 1018. Pas d'albumine ni de sucre. Ni constipation, ni diarrhée.

22 juin. Le météorisme a augmenté sensiblement. Les deux tumeurs ont considérablement augmenté de volume, surtout celle de la région rénale. Celle-ci forme à la région lombaire une saillie beaucoup plus appréciable qu'auparavant ; elle s'étend en bas jusqu'aux épines iliaques antéro-supérieure et postéro-supérieure ; en avant elle remonte jusque sous les fausses côtes. Ces

tumeurs sont dures, ligneuses, bosselées, peu douloureuses à la pression. L'amaigrissement a fait des progrès. Les traits sont tirés, les yeux encavés, entourés d'un cercle noirâtre. La malade ne vomit plus depuis six jours. Appétit nul, dégoût persistant et absolu pour les aliments. Pas d'œdème des jambes. Pas de toux.

25 juin. La percussion dénote au niveau du bord inférieur du foie un point douloureux d'une étendue de 4 à 5 centimètres. Ce point semble être le siège de bosselures dures, ligneuses, mais peu saillantes.

28 juin. Dilatation assez considérable des veines de la paroi abdominale ; pas d'ascite. Le ventre est un peu douloureux à la pression, il déborde de deux travers de doigt. Clapotement stomacal. Urines : 1 litre, couleur bière ; densité, 1010 ; réaction acide. Ni albumine, ni sucre.

1^{er} juillet. La malade se sent mieux ; elle a vomi cette nuit un peu de liquide bilieux, jaune verdâtre. Affaiblissement constant. Même état des tumeurs.

8 juillet. La tumeur du flanc gauche est moins mobile ; l'autre proémine en avant vers l'ombilic.

20 juillet. La malade a passé une nuit agitée, elle a eu de la céphalée. Elle urine très difficilement et ne va plus à la selle qu'avec les plus grands efforts. Elle a les traits tirés, s'amaigrit de plus en plus ; elle ne prend presque plus de lait. Urine : 1/4 de litre à peine. Lavement des peintres.

21 juillet. Le lavement des peintres a beaucoup soulagé la malade ; garde-robes nombreuses.

22 juillet. La diarrhée persiste et fatigue beaucoup la malade.

24 juillet. Le facies est très altéré ; les pommettes sont saillantes, les yeux enfoncés dans les orbites, le nez effilé.

28 juillet. La malade s'éteint doucement.

Autopsie. — Cavité thoracique : Pas de liquide dans les plèvres ni dans le péricarde.

Les poumons ne sont pas congestionnés ni œlématiés ; on trouve seulement aux deux sommets quelques nodules tuberculeux crétacés, durs, enkystés.

Cœur : petit, parois amincies, cavités non dilatées.

Toutes les valvules sont saines. L'aorte ne présente aucune altération.

Cavité abdominale. — L'abdomen est en partie rempli par une énorme tumeur bosselée formée de masses arrondies, marronnées, qui atteignent le volume du poing ; coloration rosée, noirâtre en certains endroits. A la partie antérieure de l'abdomen la tumeur a écarté les anses intestinales et se trouve en contact avec la paroi. Elle est située entre les deux feuillets du mésentère qui sont décollés dans toute leur hauteur depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'intestin. Elle s'étend surtout du côté gauche, ou elle a décollé le feuillet mésentérique de ses connexions avec la colonne lombaire, et s'est mise en rapport avec le rein, arrivant au contact de la paroi abdominale à gauche et en arrière. Le côlon descendant et quelques anses d'intestin grêle refoulées cachent en avant cette partie de la tumeur. Tous les ganglions prévertébraux sont confondus dans la même masse, on les sépare difficilement de l'aorte abdominale et de la veine cave inférieure, qui incisées ne présentent aucune altération. A la coupe cette tumeur est très dure et présente la même coloration rosée qu'à la surface, avec des points de coloration noire dont quelques-uns atteignent la grosseur d'un œuf de pigeon. Nulle part on n'observe de foyer de ramollissement. Les ganglions prévertébraux font corps avec la tumeur ; ils sont également durs et présentent quelques points noirs.

Foie : peu augmenté de volume ; ne présente aucune altération ; poids : 1,850 grammes.

Reins petits ; la capsule se détache facilement. Pas d'altération.

Rate normale.

Centres nerveux intacts.

L'examen histologique de la tumeur met en évidence de grosses travées de tissu fibreux avec quelques cellules rondes à noyaux, notamment le long des vaisseaux. Mais l'élément fibreux est prédominant. Au niveau des points noirs, les cellules rondes sont infiltrées de granulations noires.

MARCHE — PRONOSTIC — TRAITEMENT

Dans le mésentère, les tumeurs mélaniques suivent la marche fatalement envahissante qu'elles présentent partout ailleurs. En cela, elles diffèrent absolument de celles que l'on observe chez le cheval, bien qu'ayant une structure identique. Chez cet animal, les colonies mélaniques ne déterminent ordinairement pas de cachexie et ne sont pas incompatibles avec un état de santé en apparence satisfaisant. Elles ne deviennent dangereuses que dans des conditions particulières ; lorsque, par exemple, elles déterminent des compressions d'organes importants, ou lorsque de volumineuses tumeurs venant à se ramollir amènent une consommation analogue à celle que produisent les longues suppurations. Chez l'homme, au contraire, ces tumeurs amènent une cachexie rapide, comme les néoplasies les plus malignes. Tous les auteurs leur assignent un pronostic absolument fatal ; Dupuytren, Velpeau, Cruveilhier posent en principe de ne pas opérer toutes les fois que l'on est certain d'avoir affaire

au cancer noir (1). MM. Cornil et Ranvier, après avoir dit qu'il est très difficile de distinguer le sarcome mélanique du carcinôme mélanique, ajoutent qu'en pratique cela n'a aucune importance, puisque toutes les tumeurs de cette espèce sont d'un pronostic extrêmement grave. MM. Cornil et Trasbot tirent de leur statistique cette conclusion, que le pronostic des tumeurs mélaniques est fatal, que la maladie ait été livrée à elle-même ou qu'on ait tenté des opérations chirurgicales. Du reste, la présence du pigment noir dans le sang et dans les leucocythes nous donnent une explication de cette malignité et de la généralisation qui suit à bref délai toute tentative d'extirpation. Toute tumeur mésentérique, à quelque espèce qu'elle appartienne, comporte un pronostic grave. M. Augagneur nous montre que les néoplasmes considérés comme les plus bénins, les lipômes, prennent dans le mésentère un accroissement considérable et déterminent la mort par cachexie, comme les plus malins. Or, dans le sujet qui nous occupe, à cette gravité tenant à l'importance des organes lésés, s'ajoute la malignité particulière aux granulations mélaniques. Par conséquent, le pronostic des tumeurs mélaniques du mésentère est des plus graves, en raison de leur siège et en raison de leur nature.

C'est pourquoi le diagnostic exact de leur nature nous semble avoir une extrême importance, car elle

(1) Boulay. *Arch. gén. de Méd.*, 1888.

conduira le chirurgien à rejeter une opération qui aurait pu être tentée sans cette complication. Nous avons vu au chapitre du diagnostic que ces tumeurs peuvent être confondues avec des tumeurs kystiques. Or, beaucoup de chirurgiens estiment que dans ce dernier cas l'opération doit être tentée malgré son extrême gravité, puisque si on laisse le malade livré à lui-même, il sera nécessairement emporté par les progrès de sa maladie. Tous, au contraire, s'accordent à refuser l'opération dans les cas de tumeurs mélaniques, puisque, non seulement elles récidivent très promptement, mais le plus souvent après la tentative d'extirpation, la généralisation et la mort arrivent beaucoup plus vite que ne le faisait prévoir l'état antérieur des malades.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs mélaniques primitives du mésentère sont excessivement rares, puisque nous n'avons pu en réunir que deux observations.

2° Ces tumeurs nous paraissent sortir du cadre des néoplasies développées aux dépens d'éléments préexistants dans l'organisme.

3° Les néoplasies mélaniques du mésentère sont, comme toutes les autres tumeurs de même nature, constituées par des amas de granulations de couleur noire encombrant, soit des tissus composés d'éléments préexistants, soit des tissus composés d'éléments fibreux de nouvelle formation.

4° Leurs symptômes sont très obscurs, comme ceux de toutes les tumeurs mésentériques, ainsi que le prouvent les erreurs de diagnostic auxquelles elles ont donné lieu.

Toutefois on pourra penser à une néoplasie mélanique du mésentère quand se trouveront réunis les signes cliniques suivants :

- A. — Situation de la tumeur sur la ligne médiane ;
- B. — Sa grande mobilité dans tous les sens ;

c. — La présence au-devant et au-dessous d'elle de zones de sonorité ;

d. — Son peu de développement contrastant avec l'extrême gravité des symptômes généraux ;

e. — La présence de granulations pigmentaires dans le sérum du sang et dans les globules blancs.

5° Les néoplasies mélaniques du mésentère ont une marche invariablement progressive et fatale, et toute tentative d'extirpation ne pourrait qu'avancer le terme de la maladie.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,
STRAUS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARÉKION. — Kystes du mésentère. Th. de Paris, 1886.
- AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère. Th. d'agrégation, 1886.
- L. BARD. — De la nature parasitaire de la mélanose. Lyon médical, 1885, p. 407-414.
- BOULAY. — Du pronostic des tumeurs mélaniques. Arch. gén. de méd., Paris, 1888, p. 157-181.
- CAMUS. — Etude des néoplasies primitives du grand épiploon. Th. de Paris, 1892.
- CLAUZEL. — Du diagnostic de la généralisation des tumeurs mélaniques par l'examen microscopique du sang, etc. Th. de Paris, 1874.
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.
- CORNIL et TRASBOT. — De la mélanose. (Mém. de l'Acad. de méd., Paris, 1868.)
- DELMEZ. — Kystes du mésentère. Th. de Paris, 1891.
- DESPRÉS. — Diagnostic des tumeurs.
- FOLLIN. — Traité de pathologie externe.
- GOUJON. — Inoculation de la matière mélanique. (Comptes rendus et Mém. de la Soc. de Biol. — Juin 1867.)
- HAUSHALTER. — Contribution à l'étude du sarcôme mélanique généralisé. (Rev. méd. de l'Est, Nancy, 1887.)
- HEURTAUX. — Art. Mélanose du Dict. de méd. et chir. prat.
- HUMBERT. — Des néoplasmes des ganglions lymphatiques. Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

- LANCEREAUX. — Traité d'anatomie pathologique, t. II.
LANCEREAUX et LACKERBAUER. — Atlas d'anatomie pathologique.
LIEUTAUD. — *Historia anatomica medica*, 1767.
LOBSTEIN. — Traité d'anatomie pathologique, t. I.
MAURI. — Contribution à l'étude de la mélanose. (Rev. méd., Toulouse, 1886.)
MORGAGNI. — Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies.
NEPVEU. — Des contre-indications opératoires des tumeurs mélaniques tirées de l'examen du sang. (Union méd., Paris, 1886.)
NOTTA. — Du mésentère. (Union méd., 1883.)
PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, t. I, p. 1098.
PEULEVÉ. — Etude de la mélanose généralisée. (Bull. Soc. anat., 1863.)
PORTAL. — Cours d'anatomie médicale.
RINDFLEISCH. — Traité d'histologie pathologique.
SAUVAGES. — Nosologie méthodique.
TILLAUX. — Etude anatomique du péritoine. (Gaz. des Hôpitaux, 17 août 1886.)
TRASBOT. — Des tumeurs mélaniques du cheval. (Recueil de méd. vétér., 1868.)
WIRCHOW. — Traité des tumeurs.

